

# PROTOCOALE ALE ȘEDINTELOR ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA



## PROTOCOLUL ȘEDINȚEI ASOCIAȚIEI CHIRURGILOR "NICOLAE ANESTIADI" DIN REPUBLICA MOLDOVA DIN 27.01.2017

Prezidium: Acad. Gh.Ghidirim, Acad. V.Hotineanu, Acad. Eva Gudumac, Prof. E.Guțu, Prof. Gh.Rojnoveanu, Prof. N.Gladun

**Raport: "Relaparotomiile programate: metodă de elecție în tratamentul peritonitelor postoperatorii".** Acad. Dr. Vladimir Hotineanu (IP USMF „Nicolae Testemițanu”; IMSP SCR “Timofei Moșneaga”)

**Rezumat.** Voi menționa din start că în Republica Moldova cel care a dezvoltat și susținut această direcție în practica clinică și activitatea științifică a fost regretatul Prof. Dr. Pavel Bîtcă. Rata destul de elevată a relaparotomiilor în Clinică prin anii '80 ai sec. XX ne-a impus să analizăm minuțios această situație. Problema a fost abordată pe larg încă din anii '70 de către G.Champault și colab. în Franța, care au inițiat chiar un program național ce prevedea realizarea relaparotomiilor „controlate” în peritonitele severe. Preluând experiența internațională, Prof. Dr. P.Bîtcă și V.Hotineanu au implementat laparostomia în practica autohtonă. De menționat, că un tratament chirurgical reușit în peritonitele postoperatorii corelează cu selectarea conduitei potrivite: metoda închisă, laparoscopia, tradițională (standard), semideschisă (relaparotomie programată) și deschisă (laparostomie). La debutul studiului nostru, în 1993, în condițiile SCR mortalitatea la asemenea bolnavi era de cca 82%. Grație utilizării tacticilor chirurgicale active în tratamentul peritonitelor, letalitatea postoperatorie a fost redusă ulterior până la 30%.

Doctrina fundamentală în tratamentul chirurgical al peritonitelor a fost expusă de către F.Kirschner, în anul 1926: eliminarea sursei de contaminare, reducerea contaminării, tratarea infecției reziduale și prevenirea recurenței infecției. În anul 1862, chirurgul german Keithom realizează prima relaparotomie reușită pentru o peritonită postoperatorie. Mikulicz propune utilizarea tamponului-drenaj al cavității peritoneale, ceea ce și a stat la baza ulterioarei implementări a laparotomiei programate.

Clasificarea peritonitelor propusă la Hamburg în 1987 rămâne actuală și astăzi.

Dezavantajele metodei chirurgicale tradiționale de tratament sunt: (1) riscul eliminării incomplete a sursei, (2) diagnosticarea tardivă, asociată cu complicații, și (3) decizia întârziată referitoare la necesitatea efectuării intervenției repetate. Factorii subiectivi cauzali ai peritonitei postoperatorii: evaluarea eronată a răspândirii peritonitei și a gradului de asanare a cavității peritoneale, evaluarea eronată a diagnosticului intraoperator sau a stării peretelui organului cavitat, evaluarea eronată a metodei de drenare a cavității abdominale, hemostaza insuficientă, manipulații traumatice în cavitatea abdominală, determinarea insuficientă a microflorei, profilaxia neadecvată a infecției. Factorii obiectivi cauzali ai peritonitei postoperatorii: (1) im-

perfectiunea reacțiilor imune locale și generale care se atestă în 27%-61% cazuri de sepsis abdominal și (2) intoxicația. În peritonita postoperatorie se atestă insuficiența mecanismelor de protecție imună ceea ce poate duce la dezvoltarea reacției inflamatorii sistemice necontrolate. Severitatea patologiei se va aprecia prin utilizarea scorurilor APACHE II și SAPS-II.

Experiența Clinicii 2 Chirurgie în perioada anilor 1984-2015 cuprinde 1024 pacienți cu peritonită postoperatorie, la care s-a utilizat relaparotomia programată. De remarcat, că majoritatea bolnavilor au fost în vârstă aptă de muncă, cuprinsă între 20 și 50 ani. Structura lotului în funcție de caracterul intervenției: după intervenții urgente (45,82%), după operații programate (35,41%), posttraumatice (10,98%) și după intervenții obstetricale-ginecologice (7,8%). Timpul scurs de la debutul peritonitei postoperatorii a variat de la <24 ore până la >10 zile. Cauzele principale ale dezvoltării complicației au fost dehiscența suturilor anastomotice montate pe organele cavitare (45,8%), progresia peritonitei inițiale (24,5%) și asanarea și drenarea neadecvată a cavității peritoneale (29,7%). Cel mai frecvent, pacienții au suportat 2 laparotomii tradiționale până la inițierea metodei relaparotomiilor programate, respectivul grup constituind 48% din lotul general. Maladii asociate au fost înregistrate în 42,81% cazuri. Formele clinice ale peritonitei postoperatorii: tip perforativ (14,5%), tip continuu progresiv (61,2%) și tip progresiv în eventrație (24,3%).

Metodele de diagnostic sunt diverse, cu accent pe cele imagistice, fistulografie și bacteriologie. Pregătirea preoperatorie (2-4 ore) are drept scop obținerea criteriilor minime de operabilitate: tensiunea arterială nu mai mică de 100 mmHg, puls sub 120 bătăi/min., diureză = 30-50 ml/oră, presiune venoasă centrală – pozitivă. Drept indicații pentru relaparotomie programată servesc: imposibilitatea eradicării sursei de peritonită în timpul relaparotomiei primare; indici clinici și de laborator progresivi ai endotoxicozei și insuficienței multiple de organe de importanță vitală; peritonita generalizată fibrinoasă-purulentă și stercorală; peritonita anaerobă; peritonita postoperatorie progresivă cu flegmon extins al plăgii operatorii și al peretelui abdominal; peritonita în caz de eviscerație; peritonita cauzată de fistule intestinale neformate; pancreatita acută necrotică cu peritonită generalizată; infarctul entero-mezenteric acut; colita ulceroasă nespecifică cu dilatarea toxică și perforația colonului. Obiectivele tratamentului chirurgical: (1) accesul larg pentru realizarea unei inspecții corecte și complete cu lavajul adecvat al tuturor spațiilor cavității peritoneale. Se vor utiliza 10-15 litri de ser fiziologic, sol. Furacilină. (2) Rezolvarea focarului septic prin evacuarea colecțiilor de puroi și a membranelor de fibrină. (3) Eradicarea sau delimitarea sursei de peritonită și (4) drenajul

circular al cavității abdominale. O metodă simplă, eficientă și ieftină de evaluare a calității lavajului peritoneal este testul cu catalază (utilizând peroxidul de hidrogen). Etapele operației prevăd: relaparotomia cu delimitarea sau asanarea sursei peritonice, lavajul și drenarea cavității peritoneale, delimitarea temporară a plăgii cu un pansament aseptice multistratificat, revizia și lavajul abdominal repetat peste 48-72 ore și, în cele din urmă, lichidarea plăgii laparostomice cu suturi secundare precoce sau cu grefă cutanată.

Flora microbiană în peritonitele postoperatorii este foarte diversă. În 92% cazuri se identifică o asociere între mai multe microorganisme. Printre monoinfecții locul de frunte este deținut de către *E.coli*, urmat de către flora gram pozitivă și apoi – cea gram negativă (*Proteus*, *Enterobacter*). Rata identificării microorganismelor anaerobe este foarte elevată, însă diagnosticul solicită utilizarea metodelor ce nu sunt accesibile pe larg în orice spital de circumscripție – precum cromatografia gazolichidiană. Sub aspect morfologic, este de menționat faptul, că procesul inflamator nu se limitează doar la peritoneu, ci afectează chiar și stratul muscular al peretelui abdominal. O atenție deosebită merită sindromul imunodeficienței secundare. S-a stabilit, că reabilitarea pacienților este foarte îndelungată, până la 6 luni.

Tratamentul medicamentos postoperator include reechilibrarea homeostazei și întreținerea funcției organelor de importanță vitală, detoxicarea, nutriția enterală și parenterală, corecția sistemelor de coagulare și anticoagulare, redresarea dereglărilor imune umorale și celulare, antibioticoterapia complexă, generală și locală. Rezultatele tratamentului: cicatrizarea primară a plăgii peretelui abdominal – 68,4%; vindecarea secundară a plăgii – 31,6%. Din lotul general de pacienți, au fost spitalizați repetat (peste 12 luni) pentru rezolvarea eventrației postoperatorii 19,7% bolnavi. De remarcat, că peste 96% din bolnavi s-au reintegrat ulterior social. Mortalitatea a scăzut esențial de-a lungul anilor, de la peste 82% în anul 1984 spre 22,4% în perioada 1994-2015.

#### **Raport: "Complicații postoperatorii în chirurgia copilului".**

Acad. Dr. Eva Gudumac (USMF „Nicolae Testemițanu”; IMSP IMC)

*Rezumat.* Au fost prezentate și analizate critic o serie de cazuri clinice complexe.

Caz nr.1 – pacientul este operat pentru apendicită acută gangrenoasă. Postoperator copilul prezintă durere abdominală periodică, grețuri, vome repetate. La radiografia abdomenului pe gol nivele hidroaerice nu se vizualizează. După administrarea masei baritate de contrast, peste 3 ore se determină unice nivele pe flancul drept abdominal. Ulterior, se efectuează ecografia ce identifică o formațiune multicamerală, iar la laparotomie s-a pus în evidență un chist ovarian torsionat pe dreapta.

Caz clinic nr.2 – o pacientă este spitalizată pentru maladie inflamatorie a osului iliac stâng. Cu câteva zile în urmă – a fost operată într-un spital raional pentru "durere abdominală", identificându-se abces subcutanat în regiunea fosei iliace stângi. La internarea în IMC se identifică palpator o formațiune tumorală. Prin tomografie computerizată s-a diagnosticat distrucția osului iliac stâng, dar și prezența unei formațiuni de volum în bazinul mic cu compresiunea vezicii urinare. S-a efectuat ablația subcapsulară a tumorii cu drenarea cavității

restante. Rezultatul examenului histologic: limfom non-Hodgkin, cu focare de necroză.

Caz clinic nr.3 – o pacientă de 11 luni a fost spitalizată cu clinică de invaginație intestinală. Debutul patologiei este estimat la cca 20 ore, de când au apărut striuri de sânge în scaun. Abdomenul este balonat, palpându-se o formațiune dur-elastică, puțin mobilă. Prin ultrasonografie s-a determinat distensia anselor abdominale și lipsa peristaltismului. Prin abord transrectal pe dreapta s-a identificat un invaginat ceco-colonic de cca 20 cm. Cu deficiențe tehnice s-a reușit dezinvinagarea, urmată de manevre de revitalizare a intestinului (injectarea anestezicului local în mezou, acoperirea cu meșe umede calde). Suplimentar, s-a realizat apendicectomia. La a 5-a zi pacienta a fost reoperată pentru peritonită fecaloidă, efectuându-se hemicolonectomie pe dreapta. Ileoul terminal, cecul și colonul ascendent prezentau semne de necroză, cu microperforații pe alocuri. Peste 4 luni a fost restabilită continuitatea tractului intestinal prin anastomoză latero-laterală.

Caz clinic nr.4 – Un pacient a fost transferat către IMC cu diagnosticul de traumatism asociat: cranio-cerebral (contuzie cerebrală) și traumatism bont abdominal în urma căderii de la înălțime. În condițiile spitalului raional s-a efectuat laparotomie cu sutura parțială a rupturii hepatice și drenarea spațiului subhepatic. Către momentul spitalizării prezenta durere abdominală, semne de iritare peritoneală și eliminări biliase prin dren. Prin ultrasonografie transabdominală s-a identificat lichid liber în bazinul mic și colecție lichidiană perihepatică, dar și lichid liber în cavitatea pleurală pe dreapta. În timpul relaparotomiei s-a eliminat cca 400 ml de lichid purulent-seros-bili. Omentul mare – edematizat, cu pete de steatonecroză. S-a efectuat asanarea și drenarea cavității peritoneale, inclusiv a bursei omentale. Evoluția ulterioară a fost favorabilă.

Caz clinic nr.5 – un pacient de 14 ani a fost spitalizat în IMC pentru abces abdominal. Bolnavul prezenta durere abdominală, vomă, febră. Anterior s-a intervenit chirurgical pentru durere abdominală, depistându-se lichid sero-hemoragic și un hematom în mezocolon și peretele colonului. Conform datelor din extrasul medical s-a realizat apendicectomie. Peste circa 12 zile au apărut semne de infecție intraabdominală, pacientul fiind transferat la IMC. La ultrasonografia transabdominală s-a vizualizat o formațiune tumorală abdominală, iar la cca 24 ore de la administrarea orală a masei baritate radiografia abdomenului a pus în evidență prezența contrastului în colon. La tomografia computerizată fără contrastare în regiunea mezogastrică se identifică un infiltrat cu contur neclar. Se intervine chirurgical prin abord transrectal pe dreapta, identificându-se un abces delimitat de către cec, ileon și oment. Se practică adezioliza cu eliminarea a cca 180 ml de puroi dens, cu miros fetid. S-au apreciat și multiple abcese mici interintestinale, ce au fost ulterior drenate. Operația a fost completată cu rezecția parțială de epiploon, sanarea și drenarea cavității peritoneale. Evoluția ulterioară – fără particularități.

Sumarizând, voi remarca, că în cazuri clinice complicate o importanță majoră posedă selectarea adecvată a abordului chirurgical. Realizarea unei revizii complete a cavității peritoneale, cu identificarea și rezolvarea cauzelor abdomenului acut posedă un rol determinant în managementul pacientului chirurgical pediatric.

*Sinteză: Dr. V.Culiuc*